

Joan Enric Torra-Bou^{1,*}
 José Verdú-Soriano^{2,*}
 Raquel Sarabia-Lavin^{3,*}
 Paula Paras-Bravo⁴
 J. Javier Soldevilla-Ágreda^{5,*}
 Francisco P. García-Fernández^{6,*}

Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente

Pressure ulcers as a safety patient problem

1. Enfermero. Máster Universitario en Gestión e Investigación en Heridas Crónicas. Doctor por la Universidad de Alicante. Regional Clinical Manager. Curación de Heridas. Smith&Nephew LAT AM.
2. Enfermero. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería. Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.
3. Enfermera. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. Miembro del Comité Consultivo del GNEAUPP.
4. Enfermera y Fisioterapeuta. Doctora por la Universidad de Cantabria. Profesora Ayudante. Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria.
5. Enfermero. Doctor por la Universidad de Santiago de Compostela. Servicio Riojano de Salud. Logroño. La Rioja.
6. Enfermero. Máster Universitario en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida. Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

*Profesor del Máster Universitario en gestión e Investigación en Heridas Crónicas. Universidad de Cantabria.

Correspondencia:

Joan-Enric Torra Bou

Correo electrónico: Joanenric.torra@smith-nephew.com; jetorrabou@hotmail.com

RESUMEN

Hoy en día, la seguridad de los pacientes es una prioridad para los sistemas de salud. Las úlceras por presión son un importante problema de salud que produce daño en los pacientes y que son evitables en un alto porcentaje de casos. Se revisan en el presente artículo aspectos conceptuales y metodológicos acerca de las úlceras por presión como problema de seguridad de los pacientes, su impacto entre los diferentes eventos adversos, así como diferentes iniciativas institucionales acerca de estas dentro del contexto de la seguridad de los pacientes y los eventos adversos.

PALABRAS CLAVE: úlceras por presión, seguridad del paciente, eventos adversos.

ABSTRACT

Nowadays patient's safety is a priority for Healthcare Systems. Pressure Ulcers are an important health problem that produce harm in patients and are avoidable in a high percentage of cases. We review in the current paper conceptual and methodological issues related with pressure ulcers as a safety problem in patients, their impact between the different adverse events as well as different institutional approaches about pressure ulcers in the framework of the safety of patients and adverse events.

KEYWORDS: pressure ulcers, safety of patients, adverse events.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día nadie pone en duda que el desarrollo de una "cultura de la seguridad" es un elemento clave en la atención de los pacientes y un requisito obligado de calidad asistencial en los entornos de cuidados agudos¹.

En el año 1999, el Institute of Medicine (IOM) de EE.UU. publicó el informe "To err is human", donde se estimaba que cada año morían en los EE.UU. entre 44 000 y 98 000 personas debido a errores relacionados con su atención sanitaria y que estos causaban centenares de miles de lesiones prevenibles y días extra de hospitalización².

Dentro de los errores relacionados con la atención sanitaria podemos encontrar dos términos: el cuasi incidente (cuando no se produce lesión o produce un daño leve) y el "evento adverso" (cuando se causa daño al paciente como resultado de la aplicación de cuidados de salud)³.

En el año 2001, Ken Kizer, antiguo responsable del National Quality Forum (NQF) norteamericano, habló por primera vez de los llamados

"never events" (eventos nunca o jamás en castellano, –como traducción literal–, pero que desde nuestro punto de vista debería ser "eventos que nunca debían haber ocurrido", para los que proponemos el acrónimo de ENOJA)⁴.

Kizer se refería a los eventos ENOJA como aquellos errores médicos particularmente llamativos como, por ejemplo, la cirugía en sitio erróneo, que son claramente identificables y medibles, prevenibles, que tienen efectos graves (pueden llevar al paciente a la muerte o a minusvalías importantes), y que por tanto nunca deberían ocurrir. Los 27 ENOJA identificados inicialmente por el NQF han ido ampliándose hasta los 29 existentes hoy en día agrupados en 6 categorías: quirúrgicos, productos o dispositivos, protección de los pacientes, cuidados, ambientales, radio-lógicos y criminales⁴.

El National Health Service (Sistema Nacional de Salud) (NHS) británico se refiere a los ENOJA como: "aquellos incidentes en la seguridad del paciente, graves y ampliamente prevenibles, que no deberían ocurrir nunca si las medidas preventivas existentes han sido implementadas por los profesionales de la salud".

De acuerdo con el NHS, para que un incidente sea clasificado como ENOJA, se han de cumplir los siguientes criterios³:

- Que el incidente tenga un claro potencial para causar o haber causado daño importante o la muerte.
- Que exista evidencia de la ocurrencia del evento en el pasado (p. ej., es una causa conocida de riesgo).
- Que existan directrices nacionales y/o recomendaciones nacionales de seguridad de cómo puede prevenirse el evento y existe soporte para la implementación de dichas directrices o recomendaciones.
- Que el evento sea ampliamente prevenible si se cumplen las recomendaciones.
- Que la ocurrencia del evento puede ser fácilmente definida, identificada y medida de manera continuada.

Para el Department of Health Services de los EE.UU., un evento adverso debe cumplir con al menos alguno de los siguientes criterios⁴:

- Ser un evento que esté descrito en la lista del NQF de eventos graves notificables (tabla 1).
- Ser un evento que aparezca en la lista de *condiciones adquiridas en hospitales (hospital acquired conditions)* del Medicare para el que se deniegue un pago superior.
- O un evento resultado de una de las cuatro categorías más graves en el índice de daño al paciente (*patient harm index*): prolongación de la estancia hospitalaria, daño permanente, intervención de carácter vital o muerte.

Tabla 1. Listado de eventos graves de declaración obligatoria reportables del National Quality Forum (revisados en 2011 y asumidos por el US Department of Health

Eventos quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en una parte del cuerpo equivocada • Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en un paciente erróneo • Realización de un procedimiento quirúrgico u otro procedimiento invasivo erróneo en un paciente • Retención no intencionada de un objeto extraño en un paciente después de una cirugía o un procedimiento quirúrgico • Muerte interoperatoria o muerte postoperatoria inmediata de un paciente clasificado de nivel 1 según la clasificación de la ASA (American Society of Anesthesiologists)
Eventos relacionados con productos o dispositivos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del paciente o discapacidad grave asociada a la utilización de fármacos, dispositivos o productos biológicos contaminados proporcionados por la institución sanitaria • Muerte del paciente o discapacidad grave asociada a la utilización o el funcionamiento de un dispositivo para el cuidado del paciente utilizado para funciones o indicaciones diferentes a las que tiene indicadas • Muerte del paciente o discapacidad grave asociada a un embolismo aéreo intravascular mientras el paciente es cuidado en la institución sanitaria
Eventos relacionados con la protección del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencia o entrega a una persona no autorizada de un paciente/residente de cualquier edad que no puede tomar decisiones por sí mismo/a • Muerte del paciente o discapacidad grave asociada a una fuga del paciente • Suicidio o intento de suicidio del paciente que produce una discapacidad grave mientras el paciente es cuidado en la institución sanitaria
Eventos relacionados con la realización de los cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte del paciente o discapacidad grave asociada a un error en la medicación (p. ej., errores que incluyen medicación equivocada, dosis equivocada, paciente equivocado, tiempo equivocado, proporción equivocada o vía de administración equivocada) • Muerte del paciente o discapacidad grave asociada a una reacción hemolítica producida por la administración de sangre o derivados hemáticos incompatibles • Muerte materna o discapacidad grave asociada con el parto en una paciente de bajo riesgo obstétrico mientras la paciente es cuidada en una institución sanitaria • Muerte o lesiones graves en un neonato debidas al parto en un embarazo de bajo riesgo • Inseminación artificial con donante de esperma u óvulo equivocado • Muerte del paciente o discapacidad grave asociada a caída mientras el paciente es cuidado en una institución sanitaria • Úlcera por presión en estadio III, IV o inclasificable, desarrollada tras el ingreso del paciente en una institución sanitaria • Muerte del paciente o discapacidad grave debida a la pérdida no reparable o no reemplazable de un espécimen biológico • Muerte del paciente o discapacidad grave debida a fallo en el seguimiento o comunicación de resultados de pruebas de laboratorio, patología o radiología
Eventos ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de paciente o de miembro del equipo o discapacidad grave asociada a un choque eléctrico mientras el paciente es cuidado en una institución sanitaria • Cualquier incidente en el cual un sistema de suministro de oxígeno u otros gases para ser suministrados a pacientes contiene gases erróneos o está contaminado por sustancias tóxicas • Muerte del paciente o de miembro del equipo o discapacidad grave asociada a una quemadura de cualquier origen mientras el paciente es cuidado en una institución sanitaria • Muerte del paciente o discapacidad grave asociada a sistemas de restricción de movimiento o a barandillas mientras el paciente es cuidado en una institución sanitaria
Eventos radiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o discapacidad grave del paciente o un miembro del equipo asociada a la introducción de un objeto metálico en las zonas de influencia de equipos para la realización de resonancias magnéticas
Eventos criminales	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de salud proporcionados por alguien que suplanta a un médico, enfermera, farmacéutico u otro profesional sanitario • Rapto de un paciente de cualquier edad • Asalto sexual a un paciente dentro o en los espacios de una institución sanitaria • Muerte o lesiones significativas del paciente como resultado de una agresión física que ocurre dentro o en los espacios de una institución sanitaria

Traducido del National Quality Forum^{4,6}.

▶ LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO EVENTO NUNCA-JAMÁS

El estado actual del conocimiento acerca de las úlceras o lesiones por presión (UPP) define a estas como una circunstancia evitable en un altísimo porcentaje de casos; por este motivo, son consideradas como un problema de salud que coincide plenamente con las agendas de seguridad de los pacientes, un tema de gran vigencia e imprescindible en la definición de políticas para el sistema de salud.

El NQF de los EE.UU. considera, desde el año 2002, a las UPP, en sus categorías o estados más avanzados (III y IV), como ENOJA en su listado de eventos notificables graves^{4,6} (tabla 1).

Un paso más en la relación entre las UPP y la cultura de seguridad son las iniciativas gubernamentales orientadas a la notificación obligatoria de las UPP, incidentes que llegan a categoría III o IV, como es el caso, por poner algunos ejemplos, de Medicare y Medicaid, los estados de California, Minnesota y Connecticut en EE.UU., el National Health Service (NHS) británico en Escocia⁸ y el Sydney South West Area Health Service en Australia⁹.

Prueba de la seriedad de la creciente importancia de los ENOJA en los EE.UU. es la existencia de materiales específicos dirigidos a los pacientes y sus familias, así como la declaración obligatoria de aquellos y la disponibilidad para el público en general del alcance de diferentes ENOJA por centros, entre ellos las UPP, como es el caso del estado de Minnesota^{10,11}. Sin lugar a dudas, una información de acceso público a tener en cuenta en el momento de elegir una institución sanitaria.

Algunos autores proponen combinar la filosofía de trabajo con los ENOJA, que implican un aspecto negativo con una “carga psicológica extra”, con lo que serían los eventos siempre, es decir aquellos que siempre deberían ocurrir¹², para los que proponemos el acrónimo EVENSI, que sería una afirmación positiva de los comportamientos que pueden motivar a mejorar la seguridad de los pacientes y promover mejores resultados. En el caso de las UPP, algunos ejemplos de lo que podrían ser los EVENSI son:

- valorar el riesgo de UPP mediante una escala validada,
- definir cuidados preventivos de acuerdo con la puntuación de riesgo,
- asignar los materiales y productos preventivos adecuados (como una superficie especial para el manejo de la presión en función del riesgo y las características del paciente, apósitos específicos, ácidos grasos, etc.).

A pesar de la toma de conciencia sobre el tema de la seguridad de los pacientes a finales de los años noventa del siglo pasado, la situación, lejos de mejorar, a pesar de las medidas puestas en práctica, fue empeorando, cifrándose una cantidad de 230 000 muertes evitables en los hospitales de los EE.UU. entre 2007 y 2009 con ello, y a pesar del problema de la posible mejora en la notificación de los eventos de seguridad, lo cual podría explicar en parte este incremento¹³. Así, en un informe sobre la evolución de los indicadores de seguridad en los pacientes de EE.UU. entre 1998 y 2007¹³ se analizaron 7,6 millones de efectos adversos ocurridos en el transcurso de 69 millones de hospitalizaciones, siendo las UPP el quinto problema con un mayor incremento temporal (tabla 2).

De una manera más concreta, y de acuerdo con datos del Medicare norteamericano, la evolución del porcentaje de UPP incidentes en estadio III y IV ha seguido una evolución desigual según el tipo de patología del paciente en una selección de patologías (número de eventos de UPP en relación con el total de eventos adversos) tal como puede constatar en la figura 1.

Ya se dispone de información que permite medir el impacto de medidas institucionales específicas, como el “Partnership for Patients” (PfP), para mejorar la situación de eventos adversos, en el caso de las UPP, y según una proyección nacional en los EE.UU., que pasó de 1 320 000 UPP incidentes en estadio III y IV en 2010 a 1 060 000 en 2013, con una reducción del 19%, un ahorro de 4420 millones de dólares y una estimación de 18 824 vidas salvadas¹⁵.

Otra prueba de la asunción por parte de algunos sistemas nacionales de salud de que las UPP constituyen hoy en día un problema directamente relacionado con la seguridad de los pacientes es la “UK National Patient Safety Agency” (Agencia nacional británica de seguridad del paciente), la cual se ocupa de aquellos incidentes no intencionados o inesperados que pueden haber afectado o han afectado a la seguridad de uno o más pacientes mientras estaban recibiendo cuidados de salud por parte del NHS¹⁶.

En los EE.UU., las agencias gubernamentales Medicare y Medicaid, que financian con fondos federales la atención sanitaria a pensionistas o a personas sin recursos, establecieron en 2007, como consecuencia del “Deficit Reduction Act Section” de 2005, firmada por el presidente George W. Bush¹⁷, que no iban a reembolsar a los hospitales por el tratamiento de condiciones de salud razonablemente prevenibles a partir de octubre de 2008, de las que las UPP son la condición más peligrosa y costosa entre las condiciones de salud prevenibles¹⁸, por lo que se reguló que no se pagaría por los costes relacionados con el tratamiento de cual-

Tabla 2. Evolución de eventos de seguridad en los EE.UU. (1998-2007)

Efectos adversos que incrementan (% de crecimiento anual)	Efectos adversos que decrecen (% de decrecimiento anual)
Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorias (8,94%)	Lesiones traumáticas durante el parto en neonatos (-17,79%)
Deterioro fisiológico o metabólico postoperatorio (7,67%)	Fallos en la recuperación (muertes por complicaciones que son tratables) (-6,05%)
Sepsis postoperatoria (7,17%)	Fractura de cadera postoperatoria (-5,86%)
Infecciones asociadas a cuidados de la salud (4,05%)	Trauma obstétrico-vaginal sin instrumental (-5,86%)
Úlceras por presión (4,05%)	Trauma obstétrico-vaginal con instrumental (-5,69%)
Pinchazos, heridas accidentales (2,64%)	Neumotórax yatrogénico (-4,11%)
Fallo postoperatorio (1,46%)	Dehiscencia de herida quirúrgica (-1,8%)

Fuente: Downey JR y cols.¹³.

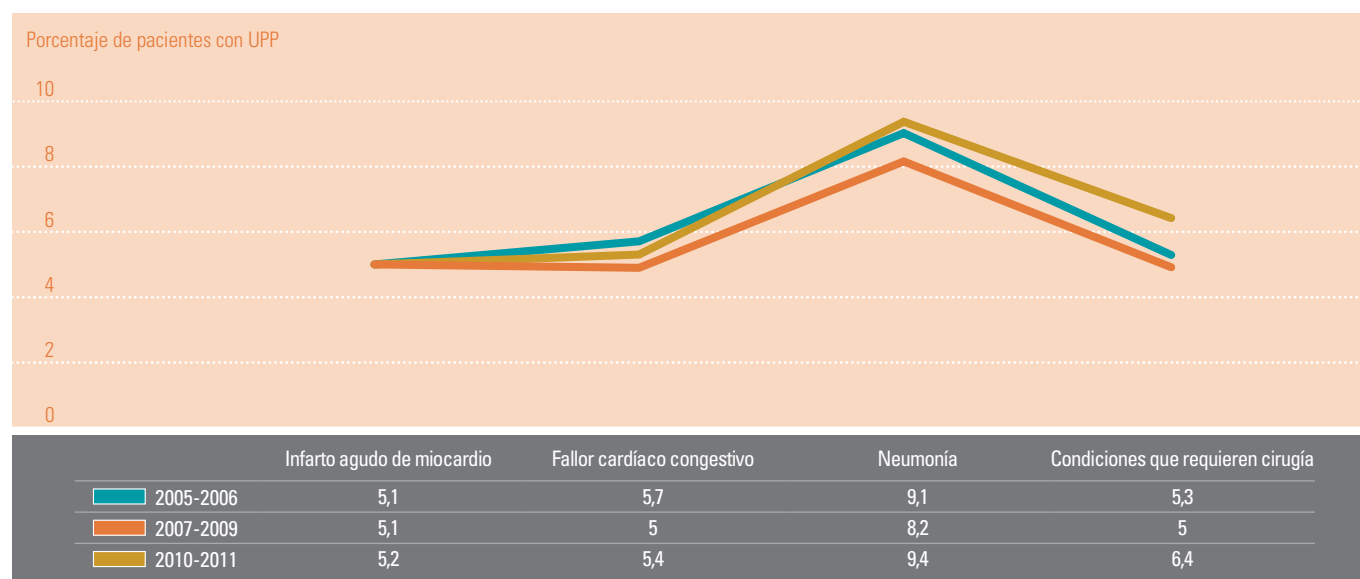


Figura 1. Evolución del porcentaje de pacientes con úlceras por presión adquiridas y número de orden en una lista de 21 eventos según patología principal del paciente en pacientes de Medicare (EE.UU.). Fuente: Wang Y¹⁴.

quier UPP de categoría III o IV no presente en el momento del ingreso del paciente, es decir incidente^{7,19}.

En una primera fase, los centros de los 13 estados que en los EE.UU. incorporaron la política de “Never Events Hospitals” podían ser penalizados económicamente si no notificaban a tiempo los pacientes que desarrollaban UPP en estadio III o IV durante su ingreso¹⁷.

En la actualidad, los Centers for Medicare and Medicaid Services de los EE.UU. ya consideran a las UPP como “never event”, en un momento de especial sensibilidad por los recortes en la financiación de los hospitales. Los centros en el cuartil más alto de incidencia de HAC (“Hospital-Acquired Conditions”) (problemas adquiridos en hospitales), entre ellos las UPP, son penalizados a partir de octubre de 2014 con una reducción del 1% de los pagos para dichos centros a cargo de Medicare, tal como establece la “Patient Protection and Affordable Care Act”^{2,20-22}.

En otros países también hay iniciativas encaminadas a penalizar a los proveedores de servicios sanitarios por la incidencia de UPP e incentivar la prevención de las mismas. En Bélgica, desde el año 2015 existe una legislación que limita el pago de las estancias extras debidas a UPP. En Francia y en Alemania, las UPP están incluidas en la acreditación general de los hospitales y en los indicadores de calidad²³, y en el Reino Unido estas han sido incluidas como indicador específico de calidad dentro del contexto CQUIN (“Commissioning for quality and innovation”) con la incorporación e inclusión de las UPP en la campaña que lleva el sugestivo nombre de “3 million lives” (tres millones de vidas) y el “NHS Safety thermometer” (termómetro de seguridad del NHS)²⁴.

En línea con una mayor agresividad institucional ante el problema de los efectos adversos estarían iniciativas recientes como la “Serious Safety Events: Getting to Zero” (Eventos de seguridad graves: tendiendo a cero) de la American Society for Healthcare Risk Management²⁵, que recomienda una estrategia orientada a actuar de manera decidida ante los eventos centrada en cinco puntos:

1. Responder al evento.
2. Recoger datos.
3. Analizar datos.
4. Validar los hallazgos encontrados.
5. Comunicar los hallazgos.

Estas políticas se han traducido también en la disponibilidad de datos precisos sobre el impacto específico de dichos problemas. Así, Grant y cols.²⁶ identificaron, en una revisión sistemática sobre efectos adversos en pacientes pediátricos sedados, a las UPP de categoría II o superior (según la clasificación del NPUAP estadounidense), con unas cifras de incidencia de hasta el 27%. Thomas y cols.²⁷, en un estudio realizado en 12 hospitales del Reino Unido (con 5 unidades de cuidados intensivos [UCI], 3 unidades de semiintensivos y 9 unidades combinadas), con datos de 2009-2010, notificaron, sobre 127 464 días de estancia, un total de 4 219 incidentes adversos, de los que las UPP conformaron 814 incidentes (un 19,23%), los más frecuentes, y el 47% de los incidentes que produjeron daño a los pacientes con una mediana de 3,9 (intervalo de confianza [IC] al 95% media: 1-6,6) incidentes por 1000 días de estancia. Sinopoli y cols.²⁸ se refieren de manera indirecta a las UPP en un estudio sobre seguridad del paciente en pacientes críticos, notificando una incidencia del 6% de incidentes (rotura de piel) en UCI médicas frente al 5% en UCI quirúrgicas, siendo estas el 11.º incidente adverso en frecuencia.

➤ LAS UPP COMO EVENTO ADVERSO EN ESPAÑA Y LATINOAMÉRICA

Disponemos también de información sobre efectos adversos (EA) en España y Latinoamérica, concretamente de tres grandes estudios, los estudios ENEAS y APEAS en España y el estudio IBEAS en Latinoamérica (tabla 3).

A pesar de la importancia del problema de las UPP como elemento adverso, y de las importantes y decididas iniciativas en países de nuestro entorno, la consideración de las mismas dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad y Consumo de España para los años 2015-2020 es, a diferencia de otros países de Europa, anecdótica y totalmente insuficiente, tanto a nivel de definición como a nivel de objetivos. A continuación, transcribimos literalmente el abordaje y contextualización que se hace del tema³⁴:

Tabla 3. Las úlceras por presión como evento adverso en España e Iberoamérica

Estudio ENEAS²⁹	Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (24 hospitales españoles)	<ul style="list-style-type: none"> • 1.º efecto adverso dentro de los EA relacionados con los cuidados • Incidencia de UPP del 3,45% en hospitales grandes, del 3,02% en hospitales medianos y del 7,04% en hospitales pequeños • Incremento de hospitalización de entre el 4% y el 7% • 43,8% EA leves, 42% moderados y 14,2% graves
Estudio IBEAS^{30,31}	Estudio de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (58 hospitales de México, Perú, Colombia, Argentina y Puerto Rico)	<ul style="list-style-type: none"> • Tercer EA • 24,3% de prevalencia en UCI • Incremento de hospitalización mayor de 7 días • 45,5% efectos adversos leves, 48,3% moderados y 6,2% graves
Estudio APEAS³²	Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (48 centros de salud en España)	<ul style="list-style-type: none"> • Las UPP son la primera causa de EA dentro del grupo de EA relacionados con los cuidados • 39,5% EA leves, 42,1% moderados y 18,4% graves

Elaborado a partir de: Rumbo Prieto JM, et al³³.

EA: eventos adversos; UCI: unidad de cuidados intensivos; UPP: úlceras por presión.

Cuidados seguros:

Los cuidados de enfermería comprenden una serie de procedimientos y técnicas que requieren una especial precaución, debido no sólo al riesgo intrínseco que algunos de ellos comportan para la seguridad del paciente sino también por el volumen y el alcance de los mismos en todos los niveles asistenciales. Por ello es necesario establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados con un sistema de priorización según su frecuencia de aparición, la gravedad de sus consecuencias y su evitabilidad.

Históricamente la enfermería ha tenido muy presente los cuidados relacionados con la prevención de algunos eventos adversos, como las caídas o las úlceras por presión, habiéndose alcanzado un consenso bastante generalizado sobre su prevención y la utilización de las escalas de evaluación del riesgo y su atención.

Objetivo general 2.4: Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes. La consecución de los objetivos propuestos en este aspecto ha sido, hasta el momento, incompleta y muy desigual en el ámbito nacional. Todo ello conlleva la necesidad de promover, de forma sistematizada, procedimientos para la implementación de prácticas seguras de efectividad demostrada en los cuidados realizados a los pacientes.

Objetivos específicos:

1. Fomentar el desarrollo de planes de cuidados de enfermería individualizados adecuados a las necesidades de cada paciente.
2. Promover la inclusión de aspectos de seguridad del paciente en el plan de cuidados de la historia clínica del paciente y en el informe de alta.

Recomendaciones:

- Desarrollar un plan de cuidados individualizados (en paciente ingresado o en domicilio) que haga referencia, al menos, a los siguientes aspectos relevantes para la seguridad del paciente:
 - Prevención de caídas y lesiones asociadas.
 - Prevención de úlceras por presión.
 - Prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
 - Seguridad en la contención física de los pacientes que lo requieran.
 - Prevención de la malnutrición y deshidratación, especialmente en pacientes ancianos.
 - Prevención de la broncoaspiración.
 - Asistencia segura al paciente frágil.
 - Prevención y control del dolor en el adulto y en el niño, atendiendo a las necesidades y preferencias de los pacientes y sus cuidadores.

- Incluir en el plan de cuidados acciones para informar a los pacientes y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.
- Incluir en el plan de cuidados de la historia clínica y del informe de alta del paciente la evaluación de los riesgos del paciente, debido a su situación clínica, y la aplicación de los cuidados necesarios para su prevención y tratamiento.
- Desarrollar planes de cuidados específicos, que incluyan la valoración integral del paciente en atención domiciliaria, a pacientes inmovilizados y terminales.

Tal como puede verse en el texto, se trata de una mera declaración general de intenciones, lejos de las decididas políticas sobre las UPP como eventos de seguridad del paciente de otros países de nuestro entorno.

➤ LIMITACIONES DE LA MEDICIÓN DEL ALCANCE DE LAS UPP DENTRO DE LOS EVENTOS ADVERSOS

De todas maneras, aunque está aceptado que la declaración de eventos adversos es un indicador clave de calidad y seguridad, algunos autores³⁵⁻³⁷ destacan la limitación que representa la subnotificación o infranotificación de los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes.

Westbrook y cols.³⁸, en un estudio sobre incidentes relacionados con errores de medicación auditando registros clínicos, realizado en dos hospitales australianos, destacan que solo un 1,3% de los errores de medicación con riesgo potencial para los pacientes fueron reportados mediante los sistemas de notificación de incidentes de los hospitales. En el caso de los errores de prescripción clínicamente importantes se pudo constatar que aunque un 21,9% habían sido detectados por el personal del hospital, solo un 6% de ellos fueron referidos en las historias clínicas. Dichos autores constatan también que los errores importantes fueron notificados dos veces más que los considerados como no importantes. Los mencionados autores destacan que, aunque la mayoría de enfermeras y médicos australianos manifiestan que siempre notifican los errores de medicación, la realidad es que hay una subnotificación de los mismos. Como explicaciones a este hecho dichos autores destacan la falta de tiempo, así como

la falta de evidencia de que los datos de estos reportes serán utilizados para un buen fin.

Otros autores destacan, entre las barreras para la notificación de efectos adversos, aspectos relacionados con estándares éticos, legales y de práctica profesional³⁹, así como la necesidad de que las instituciones integren la necesidad de aprender acerca de los riesgos con cambios organizacionales que mejoren la seguridad de los pacientes⁴⁰ y que integren en su "cultura" la notificación de eventos que pueden representar molestias o poner en riesgo la salud de sus pacientes, muchos de ellos, con potenciales repercusiones a nivel ético, legal y de calidad asistencial.

Watcher y cols., 10 años después de la eclosión de la filosofía de la seguridad del paciente, realizan un análisis crítico de dicho enfoque³⁷ en el que resaltan:

- Que aunque se ha profundizado en la epidemiología de los errores y daños prevenibles, no se conoce con exactitud el alcance de dichos problemas.
- Que las dimensiones del problema son más grandes de lo estimado inicialmente.
- Que hacer más seguros los cuidados a los pacientes requiere de esfuerzos continuados para mejorar prácticas, entrenamiento, tecnologías de la información, y fomentar la cultura de la seguridad.
- Que los líderes más reconocidos deben aportar recursos y liderazgo, al mismo tiempo que promocionan la implicación de los clínicos que están en contacto directo con los pacientes.
- Y que todo ello dependerá de un ambiente con unas robustas políticas orientadas que creen los incentivos necesarios para la seguridad, evitando de manera simultánea entornos demasiado rígidos y prescriptivos que puedan lastrar el entusiasmo y la creatividad de los proveedores de atención sanitaria.

Por otra parte, probablemente la inclusión de las UPP incidentes dentro de reportes generales de efectos adversos disminuye la importancia de estas a un mero porcentaje de efectos adversos, por ejemplo el 7,2% en el estudio latinoamericano IBEAS 2011^{30,31}, o bien estas quedan enmascaradas dentro de lo que serían los eventos adversos

graves⁴¹. Sorprendentemente en algunos casos, las UPP no aparecen como incidente de seguridad (p. ej., las UPP no aparecen como evento adverso en neonatología, en una población de 484 atendidos durante todo un año de actividad en una UCI neonatal en 2006⁴²) o permanecen totalmente indefinidas en estrategias institucionales o gubernamentales de seguridad del paciente sin estrategias ni iniciativas concretas sobre las mismas³⁴.

Por tanto, aunque se declare la incidencia de UPP, y estas estén incluidas como evento adverso clave relacionado con los cuidados, o que estén descritas en las declaraciones de intenciones sobre políticas de seguridad de los pacientes, un abordaje serio y decidido de las UPP como problema requiere, además, disponer de información epidemiológica sobre las mismas recogida mediante una metodología rigurosa, por agentes externos, neutros al centro, entrenados en la identificación de estas lesiones, para poder dimensionar dicho problema de una "forma real", sin maquiajes y poder valorar así su evolución y el impacto de las medidas y de las políticas preventivas.

La declaración obligatoria de las UPP incidentes es una estrategia que puede ser de gran utilidad en las instituciones para poder calcular su incidencia además de poder hacer un seguimiento epidemiológico de los casos incidentes para establecer factores causales y definir las mejores respuestas y estrategias posibles para evitar nuevos casos.

Probablemente circunscribir el análisis del problema de las UPP incidentes a contextos de auditoría nos puede hacer caer en un cierto reduccionismo, dado el contexto generalmente punitivo y orientado a lo que se hace mal de las mismas, en detrimento de contextos de evaluación y análisis continuo más orientados o cercanos a las políticas de mejora de los cuidados ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses relacionado con la temática del artículo.

El Dr. Joan-Enric Torra i Bou es empleado de Smith&Nephew (Regional Clinical Manager, División Curación de Heridas, Smith&Nephew Latino América). El contenido del presente trabajo es a título personal y no representa el posicionamiento de Smith&Nephew sobre la cuestión tratada en el artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Trock BJ, Guerry D, Elder DE, et al. Promoting a culture of safety as patient safety strategy. A systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158(5):369-75.
- Furrow BR. Regulating patient safety: The patient protection and affordable care act. *Univ Penns Law Rev*. 2011;(6):1727-75.
- Levinson DR. Adverse events in hospitals: National incidence among Medicare beneficiaries. Department of Health and Human Services. 2010. OEI-06-09-0090. Disponible en: <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-0090.pdf>. (Acceso el 10-9-2016).
- U.S. Department of Health & Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety Network. Never events. Disponible en: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=3>. (Acceso el 10-9-2016).
- Department of Health. The "never events" list 2011/2012. Policy framework for use in the NHS. NHS, 2011. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/publications>. (Acceso el 10-9-2016).
- National Quality Forum. Serious reportable events in health care. 2006 update. A consensus report. Washington: National Quality Forum, 2007. Disponible en: http://www.qualityforum.org/Publications/2007/03/Serious_Reportable_Events_in_Healthcare%E2%80%93Update.aspx. (Acceso el 10-9-2016).
- CMS.gov. Centers for Medicare & Medicaid Services. Hospital-Acquired Conditions (Present on Admission Indicator). Disponible en: http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/index.html?redirect=HospitalAcqCond/06_Hospital-Acquired_Conditions.asp. (Acceso el 10-9-2016).
- National Health Service. Greater Glasgow and Clyde. Reporting health-care associated pressure ulcers. Disponible en: http://www.nhs.uk/content/default.asp?page=s1927_3_3. (Acceso el 10-9-2016).
- Sydney South West Area Health Service. Policy directive. Pressure ulcer prevention and management. Disponible en: http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2014/pdf/PD2014_007.pdf. (Acceso el 10-9-2016).
- Minnesota Department of Health. Disponible en: <http://www.health.state.mn.us/patient/safety/adverseselect.cfm>. (Acceso el 10-9-2016).
- Division of health policy – Adverse health events. Minnesota Department of Health. Consumer guide to adverse health events. St Paul: Minnesota Department of Health; 2009.
- Lembitz A, Clarke TJ. Clarifying "never events" and introducing "always events". *Patient Saf Surg*. 2009;3:26.
- Downey JR, Hernandez-Boussard T, Banka G, Morton JM. Is patient safety improving? National trends in patient safety indicators: 1998-2007. *Health Serv Res*. 2012;47(1):414-30.
- Wang Y, Eldridge N, Metersky ML, Verzier NR, Meehan TP, Pandolfi MM, et al. National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005–2011. *N Eng J Med*. 2014;370(4):341-51.
- CMS.gov. Centers for Medicare&Medicaid Services. IRF quality reporting program details. Disponible en: <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/IRF-Quality-Reporting-Program-Details.htm>. (Acceso el 10-9-2016).
- National patient agency. Report a patient safety incident. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/report-a-patient-safety-incident/>. (Acceso el 10-9-2016).
- Lyder CH, Ayello EA. Annual checklist: The CMS Pressure ulcer present-on-admission indicator. *Adv Skin Wound Care*. 2009;22(10):476-84.
- Chicano SG, Drolshagen C. Reducing hospital-acquired pressure ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(1):45-50.
- DHHS. Department of Health and Human Services. Centers for Medicare & Medicaid Services. 42 CFR Parts 434, 438 and 447. Medicaid Program: Payment adjustment for provider-preventable conditions including health care-acquired conditions; final rule. *Federal Register* 2011;76(108):32816-38.
- Affordable Care Act. Disponible en: <https://www.healthcare.gov/where-can-i-read-the-affordable-care-act/>. (Acceso el 10-9-16).
- Medicare qualitative initiatives patient. Disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/LTCH-Quality-Reporting/>. (Acceso el 10-9-16).
- Ryan AM, Mushlin AI. The affordable care act's payment and the future of hospitals. *Ann Intern Med*. 2014;160(10):729-31.
- Deloitte Consulting. Do healthcare systems promote the prevention of pressure ulcers? Belgium: Deloitte Consulting; 2014.

24. CQUIN 2013 NHS Commissioning Board. Commissioning for quality and innovation (CQUIN): 2013/14 guidance. Disponible en: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/02/cquin-guidance.pdf>. (Acceso el 10-9-2016).
25. Hoppes M, Mitchell JL, Venditti EG et al. Serious safety events getting to zero. American Society of Healthcare risk management. White Paper Series. 2012. Disponible en: http://www.as-hrm.org/pubs/files/white_papers/SSE%20White%20Pape_10-5-12_FINAL.pdf. (Acceso el 10-9-2016).
26. Grant MJC, Balas MC, Curley MAQ. Defining sedation-related adverse events in the pediatric intensive care unit. *Heart Lung*. 2013;42:171-6.
27. Thomas AN, Taylor RJ. Review of patient safety incidents reported from critical care units in North-West England in 2009 and 2010. *Anaesthesia*. 2012;67:706-13.
28. Sinopoli DJ, Needham DM, Thompson DA, Holzmüller CG, Dorman T, Lubomski LH, et al. Intensive care safety incidents for medical versus surgical patients: A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2007;22:177-83.
29. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
30. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America. Geneva: World Health Organization; 2011.
31. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Informes estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.
32. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Resumen Estudio sobre seguridad de los pacientes en atención primaria. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudio_APEAS_resumen.pdf. (Acceso el 10-9-2016).
33. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Romero Martín M, García Collado F, Ramírez Pizano A. Sucesos adversos relacionados con las úlceras por presión: ¿un problema evitable? *Enferm Dermatol*. 2010;11:21-6.
34. Ministerio de Sanidad, Consumo, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>. (Acceso el 10-9-2016).
35. Bates DW, Leape L, Petrucci S. Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized patients. *J Gen Intern Med*. 1993;8:289-94.
36. Stanphone N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor-Adams SE. An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Prac*. 1999;5:5-12.
37. Watcher RM, Pronovost PJ, Shekelle PG. Strategies to improve patient safety: The evidence base matures. *Ann Intern Med*. 2013;158(5)(Part 1):350-2.
38. Westbrook JL, Li L, Lehnbon EC, Braithwaite J, Burke R, Conn C, et al. What are incident reports telling us? *Int J Qual Health Care*. 2015;27(1):1-9.
39. Hopf YM, Francis J, Helms PJ, Haughney J, Bond C. Linking NHS data for pediatric pharmacovigilance: Results of a Delphi survey. *Res Social Admin Pharm*. 2016;12(2):267-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.06.006>. (Acceso el 10/9/2016).
40. Sujan M. An organization without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organizational learning for patient safety. *Reliability Engin Syst Saf*. 2015;144:45-52.
41. Gutierrez-Mendoza LM, Torres-Montes A, Soria-Orozco M, Padrón-Salas A, Ramírez-Hernández ME. Costos de eventos adversos graves en un hospital comunitario de enseñanza de México. *Cirug Ciruj*. 2015;63(3):211-6.
42. Barriónuevo LS, Esandi ME. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. *Arch Arg Pediatr*. 2010;108(4):303-10.